

Formulario de autorización para divulgar expedientes

Solicito: Carta sobre el historial de albergue Copia del expediente de mi caso

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **N.º de Seguro Social:** _____

Identificación de CARES: _____

Por la presente autorizo al Departamento de Servicios para Personas Sin Vivienda (*Department of Homeless Services*) a divulgar a mí mismo o a mi representante los expedientes que la Agencia tiene registrados bajo mi nombre desde la fecha: _____ .

Por favor, marque todo lo que le corresponda:

- No doy consentimiento para divulgar ninguna información médica o psiquiátrica.
- No doy consentimiento para divulgar información relacionada con el VIH.
- No doy consentimiento para divulgar información sobre el abuso de sustancias.
- No doy consentimiento para divulgar información sobre mi estado de víctima de violencia doméstica.

- Entiendo que tengo derecho a acceder a toda información contenida en mis expedientes.
- Entiendo que puedo rehusarme a firmar este formulario.
- Entiendo que mis expedientes están protegidos por la ley.
- Entiendo que mis expedientes pueden contener información médica, incluyendo información psiquiátrica y/o sobre abuso de alcohol/drogas.
- Entiendo que mis expedientes pueden contener información sobre el VIH, incluyendo información que indique que me he hecho un análisis de VIH, que estoy infectado(a) con el VIH, que tengo una enfermedad relacionada con el VIH o el SIDA, o información que indique la posibilidad de haber sido expuesto(a) al VIH.
- Entiendo que mis expedientes pueden contener información sobre mi estado de víctima de violencia doméstica.
- Soy consciente de que, a menos de que yo indique lo contrario aquí arriba, toda información sobre el VIH y violencia doméstica contenida en mis expedientes puede ser revelada a la persona listada en este formulario.
- Sé que puedo, antes de que la información sea revelada, cambiar de parecer sobre esta autorización en cualquier momento.
- Autorizo esta divulgación por un período de 180 días.
- Una fotocopia de esta autorización puede ser suficiente.
- Mi firma significa que he leído todo lo antedicho.

(Gire la hoja)

Formulario de autorización para divulgar expedientes (continuación)

Nota para el recipiente de información confidencial:

Esta información que se le ha divulgado proviene de expedientes confidenciales que están protegidos por la ley estatal. La ley estatal le prohíbe toda divulgación adicional de esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la cual pertenece, o según la ley lo permita. Toda divulgación adicional no autorizada que viole la ley estatal puede resultar en una sentencia de multa, cárcel o ambas. Una autorización general no es suficiente para divulgar información médica o de otro tipo. Ley de Salud Pública de Nueva York, artículo 27- F-§2782(5)(a) [NY Public Health Law, Article 27-F-§2782(5)(a)].

Firma del/de la cliente: _____ Fecha: _____

Antes de que los expedientes puedan ser enviados por correo postal o electrónico, debe firmar este formulario ante un notario o testigo, con el fin de verificar su identidad. El envío por correo electrónico está sujeto a limitaciones técnicas y al tamaño del archivo.

Envíeme por correo postal o por correo electrónico mis expedientes a la siguiente dirección:



Enviar el formulario completado por correo postal a:

DSS Office of Legal Affairs - Records Access
150 Greenwich Street (38th Fl.)
New York, NY 10007



Enviar por correo electrónico a:

RecordsAccess@dhs.nyc.gov



Por fax: 917-639-0367

Notary Information Here (Información del notario)
DHS/Provider Witness (Testigo del proveedor/DHS)
_____ <i>Print name</i>
_____ <i>Signature</i>
_____ <i>Date</i>